Comisión de Salud Pública
y Asistencia Social
Carpeta Nº 3181 de 2003

Versión Taquigráfica N° 1215 de 2012

TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN HUMANA ASISTIDA

INTEGRANTES DEL CENTRO DE ESTERILIDAD DE MONTEVIDEO

DELEGACIÓN DE DOCTORES ESPECIALISTAS DEL HOSPITAL PASTEUR

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 21 de agosto de 2012

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Daniel Radío.

MIEMBROS: Señores Representantes Antonio Chiesa Bruno, Berta Sanseverino y Álvaro Vega Llanes.

INVITADOS: Por Técnicas de Reproducción Humana Asistida, señores profesor doctor Guido Berro, doctores Lidia Cantú, Marisa Dellepiane y Gerardo Bossano.

Por el Hospital Pasteur, doctores Sonia Boudrandi, Carlitos Arévalo, Ricardo Decia y Marcelo Diamant.

SEÑOR PRESIDENTE (Radío).- Habiendo número, está abierta la reunión.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes tiene el agrado y el honor de recibir al doctor Guido Berro. Nos interesa conocer su opinión sobre el proyecto de ley que tenemos a estudio relativo a "Técnicas de reproducción humana asistida".

SEÑOR BERRO.- El placer y el honor es mío; me siento muy reconocido por el hecho de que me hayan citado.

En primera instancia había analizado otro texto, pero cuando me enviaron el proyecto que tienen a estudio, me di cuenta de que sufrió algunas modificaciones, que lo mejoraron mucho.

Voy a analizar cada uno de los artículos. Antes que nada quiero aclarar que voy a realizar comentarios personales y espontáneos, con total independencia de cualquier condición que revisto.

En el artículo 1º se definen los conceptos de esterilidad e infertilidad. La primera pregunta que me surge es si es necesaria la ley como marco regulador y de seguridad jurídica. Todo indicaría que sí. Hasta ahora se funcionó bien, pero sin seguridad jurídica. Por lo tanto, soy partidario de que exista una ley.

Por otra parte, ¿se pretende con la ley generalizar las técnicas a través de un sistema de financiación por la cobertura de enfermedad, declarando la esterilidad como enfermedad crónica y la infertilidad como disfunción? Parecería que sí. Es un principio de equidad y de justicia distributiva de la bioética que así se haga. El único comentario que me merece esto es que la expresión "enfermedad" -entre comillas- podría ser discutible. Muchas veces estos trastornos podrían ser consecuencia de otras enfermedades más que una enfermedad en sí mismos. Serían una discapacidad o disfunción. En todo caso, estamos hablando de una alteración del estado de salud. Para algunas parejas podría ser una alteración del estado de salud, si por salud se entiende además de la ausencia de enfermedad, el bienestar psicofísico y social, tal como la define la OMS.

Por lo tanto, más que una enfermedad, sería una discapacidad o una disfunción por la alteración del estado de salud de la pareja o de una de las personas que la integran.

Además, se establece que la infertilidad es una disfunción. No entiendo bien por qué esa diferencia, por qué en un caso se habla de enfermedad y, en el otro, de disfunción. Desde mi punto de vista, en los dos casos se trata de una disfunción, de una discapacidad o de una alteración del estado de salud.

Otra pregunta que hago es: ¿qué se entiende por pareja estéril o infértil? Además, se ponen plazos. Según mi modesta opinión, sería mejor que esto estuviera abierto a las definiciones y al sentido que los técnicos dan a estas palabras. Como dice el artículo 19 del Título Preliminar del Código Civil, en los aspectos técnicos se estará a la palabra y al sentido que los técnicos les den.

Entonces, en vez de quedar sujeto a definiciones médicas que pueden ser cambiantes, a plazos que pueden ser cambiantes, a relaciones coitales frecuentes -además, no se dice cuántas-, a un plazo de doce meses -no se dice por qué-, se podría poner que se entiende por pareja estéril aquella que estará sujeta a lo que los técnicos definan como tal.

Por otra parte, creo que el artículo 2º más que establecer una definición, dice qué son: se trata de técnicas que a veces pueden provocar una reproducción asistida. También podría decir: "enmarcadas en estas disposiciones de la ley". Estamos hablando de técnicas que pueden provocar un embarazo que no se puede lograr por medios naturales. Además, según lo que he visto en la literatura médica, su efectividad es de un 40% o menos. Por lo tanto, como técnicas de la medicina tienen una efectividad bastante baja. En consecuencia, debemos ser bastante prudentes al momento de definirlas. A pesar del porcentaje bajo de efectividad, desde la medicina reproductiva actual se podría afirmar que todos los métodos utilizados para lograr la concepción en una pareja estéril son válidos puesto que el fin es loable mientras el procedimiento en su fundamento se considere ético. Por lo tanto, no me voy a oponer por que tenga una efectividad baja.

El artículo 3º no me merece comentarios.

El artículo 4º tiene que ver con los requisitos para la aplicación; es extenso y tiene varios puntos que me gustaría comentar. Por un lado, se refiere a la necesidad de consentimiento de la mujer o de la pareja. Esto quiere decir que también estamos hablando de la mujer sola. Creo que se debe expresar claramente qué parejas se incluye: a las lesbianas, a los hombres gay no, porque más adelante, aparentemente, el útero de alquiler no correría.

Desde el punto de vista bioético en estos artículos se destaca el respeto a la libertad, a la autonomía, a la información, al consentimiento. Todo eso resulta muy plausible y estoy totalmente de acuerdo, así como con que se pueda suspender la técnica, tal como expresa el artículo 5º.

Hay algunos aspectos que me parecen algo contradictorios. Por ejemplo, es requisito que estas técnicas de reproducción humana asistida sean realizadas cuando haya posibilidades razonables de éxito y no supongan riesgo para la salud de la mujer o su descendencia. Esta frase me parece un poco utópica porque en medicina siempre hay riesgo. Por tanto, siempre hay riesgo de alteraciones congénitas en el nuevo ser por reproducción asistida, y se menciona entre un 4% y un 5% de los nacidos. Además, el numeral IV) del literal B) del artículo 4º, expresa que se debe informar de riesgos y peligros, y luego prácticamente dice que se van a hacer

las técnicas cuando haya posibilidades de éxito razonable y no supongan riesgo. Parece un poco contradictorio que, por un lado, se deba informar el riesgo y, por otro, se diga que casi no existe.

El artículo 6º se refiere a la donación de gametos, ¿y la donación de embriones? Se dice que será honoraria, lo que me parece un poco utópico, porque siempre aparece el tema del pago. Además, se expresa que esto se hará una sola vez, y no entiendo por qué.

Parece adecuada la expresión "reserva de la identidad del donante" ya que el derecho a la identidad es un derecho humano y, por ende, tiene rango superior a la ley. Pero se crea un conflicto frente al derecho humano que puede tener el concebido para conocer su origen, o el donante, ya que se lo limita a un problema grave de salud psicofísica del hijo. Entonces, es un derecho limitado. Creo que esto puede ser discutible y más adelante, en los artículos 7º y 8º, a mi modo de ver aparece una contradicción.

El artículo 7º tiene que ver con lo que recién mencionaba y el texto del 8º se refiere a la "causa de enfermedad" pero no habla de grave peligro para la salud.

¿El INDT se va a dedicar a la reproducción humana asistida, o solo será un banco? Porque si se dedica a esto y supervisa a los otros, podría haber un conflicto de intereses; no es solo en la esfera privada donde se dan los conflictos de intereses.

En general se utiliza la crioconservación, por lo menos actualmente, pero el proyecto no menciona de qué forma hará la conservación, aunque quizás los métodos de conservación correspondan a la reglamentación

Siempre se habla de gametos, pero yo pregunto ¿y los embriones? No dice por qué lapso deberán conservarse. ¿Qué hacemos con los embriones excedentes? ¿Se descartan? Me parece que eso habría que aclararlo.

Por otra parte, el texto dice que la donación no genera responsabilidades civiles ni patrimoniales. Entonces, me pregunto si nunca se podrá demandar por la transferencia, por ejemplo, de una malformación genética.

Habíamos visto que el anonimato podía ser levantado por graves causas de salud. Sin embargo, aquí dice que la Comisión puede levantar el anonimato por enfermedades; no habla de enfermedades graves. Entonces, ¿eso es lo mismo que decir "graves causas de salud"? ¿Deberían utilizarse los mismos términos o además de las causas graves de salud, también puede levantarse por una enfermedad no necesariamente grave? ¿Es decir, esto se complementa con el artículo 7º o es lo mismo?

En cuanto al artículo 9º, que refiere al interés superior del niño, quiero hacer los siguientes comentarios. Aquí se establece el reconocimiento a un derecho de información, pero se limita -como vimos en el artículo 7º- a causas graves de salud y, en el artículo 8º, a enfermedad -que no dice si es grave o es lo mismo que grave causa de salud-, lo que será evaluado por la Comisión. O sea que solo se informará sobre procedimientos y técnicas. Eso me parece bien, pero la cuestión es saber hasta dónde y cómo limitar esa información. Aparece lo que, a mi modo de ver, es una aparente contradicción entre esos dos artículos.

Con respecto al artículo 10, cabe señalar que aparecen los embriones, seguramente excedentes, conservados. Cabe recordar que en el artículo 8º no se los mencionaba, pero se conservaban gametos. Aquí no se establece dónde se conservarán y se deja librado a la reglamentación el plazo de conservación de gametos y embriones. Me pregunto si, por la relevancia del tema, no sería mejor que la ley estipulara el plazo de conservación; cinco años, por ejemplo.

Además, se seleccionan en función de si son viables o no o capaces de generar un embarazo. Esa selección plantea dilemas. Para unos no se condice con la noción de dignidad humana. Para otros, cuando se dude de su vitalidad o venzan los plazos establecidos, se podrían eliminar o, incluso, darse a la investigación, con determinadas condiciones. Recordarán que, al principio, había dicho que no decía nada sobre la donación de embriones. Se podrían donar para la investigación, por haberse vencido los plazos o no ser viables para un embarazo. Esto podría aclararse.

A este respecto, el proyecto de Código de Ética del Colegio Médico del Uruguay dice, por ejemplo: "El médico procurará evitar generar embriones sobrantes" -a veces hay sobrantes- "mediante técnicas de

reproducción asistida". Como veremos, la ley proyectada estipula fertilizar solo tres óvulos e implantarlos en ese mismo ciclo; muy buen propósito, pero no siempre es posible.

En cuanto a los costos de las fertilizaciones, ¿quedarán librados a la reglamentación? ¿Estarán a cargo de la institución, de la pareja o de quién? Tampoco se dice qué pasa si son a cargo de la mujer -porque pueden ser mujeres solas- y se deja de pagar los costos. ¿Se eliminan los embriones, se implantan a otras mujeres, los dan para la investigación, los mantiene el Estado a través del INDT? ¿Será adecuado dejar todo esto librado a la reglamentación, sobre todo, el plazo de conservación?

Como ven, traigo más preguntas que propuestas. De cualquier manera, si yo me pusiera a redactar todo lo que pienso y sobre estas preguntas, el proyecto quedaría mucho peor redactado. Así que dejo eso en manos de los Representantes, si es que algunas de los planteos son de recibo.

Sobre el artículo 11, quiero decir lo siguiente. Hasta aquí pensaba solo en embriones excedentes, pero cabe señalar que aquí se habla de la conservación de los embriones que no se pudieron implantar.

A su vez, se dice que se prodecerá a la conservación de los mismos hasta que la receptora presente condiciones adecuadas. Y si nunca las presenta, ¿qué hacemos?

Respecto del artículo 12, habla de conocer el fenotipo. Yo tengo aquí una foto con cinco varoncitos morochos. Quiero decir que, conocer el fenotipo, teóricamente, podría alentar una especie de eugenesia, haciéndose una selección entre blancos o negros, rubios o morochos, varones o niñas. No sé cómo solucionar esto. Me parece bien que se informe sobre el fenotipo, pero tiene ese riesgo y no le encuentro la vuelta.

Por otra parte, parece prudente fertilizar solo tres óvulos por ciclo y transferirlos o conservarlos hasta que se puedan transferir. ¿Y si los médicos estiman que es mejor fertilizar más de tres en algún caso? ¿Y si nunca se llega al momento en que se puedan transferir? ¿Se permitiría la donación de embriones para un útero subrogado o de alquiler? Parecería que no; después aparece un artículo que lo niega.

Reitero que me parece bien que se informe sobre el fenotipo, aunque esto, llevado a extremos, puede producir una selección eugenésica. A este respecto, el Código de Ética de la Federación Médica del Interior y del Sindicato Médico del Uruguay -creo que el nuevo proyecto del nuevo Código de Ética del Colegio Médico- ha expresado: "No es ética la aplicación de cualquier procedimiento médico dirigido a practicar la eugenesia, seleccionando los seres humanos, especialmente aquellos dirigidos a discriminar según el sexo, a menos que sea para evitar, en la etapa preconcepcional, la transmisión de enfermedades graves relacionadas con el sexo". O sea que los médicos nos veríamos en la disyuntiva de seguir la ética o la ley. Es decir, informamos el fenotipo, pero le tenemos que decir a los pacientes: "Les podemos informar, pero mire que si es de un sexo u otro, de una raza u otra, no podemos hacer nada, no podemos practicar la eugenesia". Entonces, ¿para qué les informamos?

A su vez, el proyecto del Colegio Médico dice algo por el estilo, aunque el texto es más corto; como todavía es un proyecto, no sé si quedará aprobado así. Allí se señala: "No es ética la aplicación de cualquier procedimiento médico dirigido a practicar la eugenesia, seleccionando a los seres humanos con el fin de modificar las características de la especie humana". Capaz que no estaban pensando en este tema, pero puede pasar.

En cuanto al artículo 13, cabe señalar que se considera que el fin de la vida incluye los gametos y embriones. En ese caso, la mujer no podrá ser fertilizada con el semen de su pareja o implantarse embriones previamente conservados, salvo que el hombre preste su expreso consentimiento escrito.

Entonces, no estaría permitida la fertilización con semen o gametos de quien ha fallecido. Sin embargo, es una posibilidad real y muy solicitada. Respondería más a un problema legal que a una cuestión científica bioética, máxime si se admite procreación asistida por una mujer sola. La mujer que quedó sola porque enviudó, puede solicitar su fecundación, no con cualquier semen sino con el semen conservado de su marido fallecido.

Por otra parte, ¿qué se hace con embriones no implantados, porque no se dieron las condiciones necesarias, y fallece el padre o la madre? Ahí se dice que el fin de la vida incluye la de los embriones, o sea que hay que

eliminarlos o darlos para investigación. ¿Se podrían implantar en otra receptora? Parecería que no se puede porque sería un útero subrogado.

Yo tengo algunos datos de que pacientes con cáncer guardan sus gametos previo a la quimioterapia, a la radioterapia o a la castración, por ejemplo en un cáncer de testículos, esperando ser padres o madres una vez curados. Pero ¿qué pasa si en vez de curarse, el paciente se muere? La viuda, por ejemplo, ¿no puede fertilizarse con esos embriones guardados? ¿Esos embriones se deben eliminar porque murió el individuo?

En cuanto al artículo 14, no tendría comentarios para hacerles, si les resulta claro a los señores Diputados cuáles son las normas vigentes. Yo no lo tengo claro, porque hay muchas normas por ahí que regulan todo ese aspecto de la filiación. Hay muchas normas y no sé a cuáles se alude.

Sobre el artículo 15, de admitirse la fertilización o implante de embriones en "madre subrogada, útero subrogado", ahí sí se plantearía el problema de cuál es la filiación materna. Pero, de hecho, eso está prohibido más adelante, o sea que no existe ese problema.

En cuanto a los artículos 16 y 17, la pregunta es: ¿no podrá haber una investigación autorizada, por ejemplo, por la Comisión Nacional de Bioética, como se hace en otros países, sobre embriones excedentes, no viables, o transcurrido el plazo de conservación legal de esos embriones, que son cedidos a investigación? Parecería que es un poco prohibitivo de la investigación.

Sin embargo, en el Código de Ética Médica encontré algo muy similar a lo que los señores Diputados han instituido en el proyecto de ley. El referido Código dice: "No es éticamente admisible que el médico contribuya a gestar seres humanos para investigar, comerciar o ser usados como fuente de recursos diagnósticos o terapéuticos". No se gestaron para eso, pero es bastante similar. Continúa: "Los embriones que se gesten in vitro deben ser transferidos al útero materno. El embrión humano nunca puede ser sujeto de experimentación ni materia prima de medicamentos, cosméticos u otros productos". Pero yo estoy planteando qué pasa con el embrión que no se va a implantar, cuando ya pasaron los plazos que establece la ley o que ya no es viable. En vez de tirarlos, podríamos dejarlos para la investigación, siempre pasando por la Comisión Nacional de Bioética, que podría autorizar algún tipo de investigación así. Tal vez es un poco delirante lo que digo, pero lo pensé.

En el artículo 18 se habla de nuevo de la "habilitación del Ministerio de Salud Pública", pero eso ya estaba en el artículo 3º. ¿Es otra habilitación distinta o es la que ya se mencionaba en el artículo 3º?

Después habla de un Director Técnico que será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las normas legales. ¿De qué normas? ¿De todas? Por ejemplo, ¿responderá por daños por culpa médica? ¿Por culpa civil o penal? ¿Responderá por sus dependientes o por delegación? Ahí dice que el Director Técnico será responsable ante las autoridades del cumplimiento de las normas legales. Es un poco amplio de más.

Luego habla de la Digesa, que va a regular, hacer auditorías -inclusive, contables- y, entonces, la pregunta es: ¿no se superpone un poco esa función con la Comisión que luego crea el artículo 22? Me parece que hay que estudiarlo. No me queda claro hasta dónde va la Digesa y hasta dónde va la Comisión honoraria dispuesta en el artículo 22, porque hay algunas funciones que parece que se superponen.

En el artículo 19, se habla de multas a los Centros por infracciones y pone cifras. Esto sí podría aparecer en la reglamentación y no en la propia ley, en lugar de los plazos para conservar gametos y embriones, que quedaba para la reglamentación y a mí me gustaría que fuera establecido en el texto de este proyecto. Quizás estoy mezclando las cosas, pero en el plano de la jerarquía de los diferentes aspectos, me parece de mayor jerarquía poner los plazos para conservar gametos y embriones que incluir multas, que se podrían dejar para la reglamentación.

También se habla de la inhabilitación del título a los profesionales. Aquí me pregunto, ¿cómo hacemos para no desconocer al Colegio Médico -Ley Nº 18.591 -y a la Comisión Honoraria de Salud Pública- artículos 26 y 27 de la Ley Orgánica Nº 9.202-, que son los únicos que podrían inhabilitar, por lo menos hasta ahora? De hecho, la Comisión Honoraria de Salud Pública puede hacerlo; el Colegio Médico todavía no ha funcionado en ese aspecto, porque falta la ley de aprobación de su Código de Ética y la instalación de su tribunal. En un futuro, será el Colegio Médico y la Comisión Honoraria de Salud Pública. Pero ahora aparece una suspensión

a través del artículo 18 de este proyecto de ley y pienso que tal vez tendría que pasar por la Comisión Honoraria de Salud Pública o por el Colegio Médico.

Ampliando un poco más: para la suspensión, la inhabilitación u otra sanción a los profesionales, ¿no deberían remitirse las actuaciones a la Comisión Honoraria de Salud Pública o al Colegio Médico para que también formularan sus apreciaciones?

En el artículo 20, directamente se prohíbe. Indirectamente ya veíamos que parecía prohibido, al menos en el artículo 14. Al respecto, coincide con lo que dice el Código de Ética Médica SMU- FEMI en su artículo 40: "No es ético contratar por dinero el vientre de una mujer (madre gestante) para llevar a cabo embarazos obtenidos in vitro, con uno o ambos gametos obtenidos de terceros progenitores". Este es un Código que está en suspenso, porque el Colegio Médico ahora tiene la atribución del juzgamiento ético y, entonces, este Código va a ser suplantado por el Código del Colegio Médico, pero por ahora está ahí. Creo que su vigencia se ha prorrogado hasta que esté el otro.

Yo no tengo la solución a esto, porque mujeres solas y parejas de lesbianas pueden acceder a estas técnicas de reproducción asistida. Con este artículo que prohíbe el útero de subrogación, hombres solos o parejas gay no pueden alquilar un útero. Me parece que esto no está del todo bien, pero no tengo la solución.

El artículo 44 del proyecto del Código de Ética Médica del Colegio Médico del Uruguay dice: "No es ético que el médico participe para llevar a cabo embarazos obtenidos in vitro con uno o ambos gametos de terceros progenitores implantados en el vientre de una mujer, contratada como madre gestante subrogada mediante recompensa material o promesa de ello".

No en todo el mundo se opina así. De hecho, se van a la India y pueden alquilar un útero. Algunos piensan que el problema es más legal que ético, y esto no figura en todos los Códigos de Ética Médica.

En cuanto al artículo 21, no tengo comentarios. Es un delito. Respecto de la clonación, en los Códigos de Ética Médica se dice: "Es éticamente inadmisible la clonación humana con fines reproductivos".

En el artículo 22 se crea la Comisión de Reproducción Humana Asistida, que funcionará en la órbita del Ministerio de Salud Pública. Aquí hay temas conexos y una serie de sociedades científicas con temas relacionados, que son muchas, por lo que convendría delimitar un poco más y aclarar que están dedicadas al tema de la reproducción humana asistida.

En cuanto a los representantes, no me gustaría aumentar el número de integrantes, pero veo que quedan afuera el Poder Judicial, el Ministerio Público y Fiscal, la Academia Nacional de Medicina y la Facultad de Medicina del CLAEH. Quizás esté bien que esto se dé solo en lo público, pero hay otras instituciones privadas; tal vez puedan integrarse luego a consejos asesores. De todos modos, habría que tener en cuenta al Ministerio Público y Fiscal -el Poder Judicial ya es importante y tendrá un rol protagónico distinto-, sobre todo si va a cambiar el Código para pasar del sistema inquisitorio al acusatorio. Me parece que la Academia Nacional de Medicina ha sido bastante ignorada y es un organismo que su propia ley de conformación dice que puede brindar asesoría en todos los temas médicos. Yo vine a título personal como médico legista, pero hay integrantes de la Academia, como los académicos Enrique Pons o Polto, o gente que ha sido Grado 5 en ginecología y obstetricia, a quienes también se les podría consultar.

El artículo 23 habla de asesorar, investigar y vigilar, pero debemos tener cuidado porque estos cometidos eran función de la Digesa. Habría que compararlo con el artículo 17.

Si bien el Ministerio de Salud Pública tiene el rol de policía sanitaria por la Ley Nº 9.202, sus artículos 26 y 27 crean la Comisión de Salud Pública. Por otra parte, me parece que el Colegio Médico -por la Ley Nº 18.591-, a mi juicio, va a ser el único que tendrá vigilancia ética sobre los profesionales. Digo esto porque uno de los cometidos de la Comisión será el de la vigilancia ética.

El artículo 24 menciona el rol de policía sanitaria del Ministerio de Salud Pública, según la Ley Nº 9.202, pero no dice si se deberá asesorar con la Comisión de Salud Pública. Encuentro que esta Comisión ha sido omitida y sustituida por la Comisión de Reproducción Humana Asistida.

El MSP, con informe preceptivo de la Comisión creada por el artículo 22, puede clausurar pero también se puede apartar con fundamento. Entonces, los dictámenes de la Comisión no son vinculantes y eso, a mi juicio, está muy bien.

SEÑOR PRESIDENTE.- Nos parece muy valioso el aporte. Creo que el doctor Berro ha señalado los puntos neurálgicos y sobre los que tenemos algunas diferencias, cuestionamientos, etcétera. En todo caso, hay cosas novedosas como la inhabilitación de los profesionales; esta sería una innovación jurídica.

SEÑOR BERRO.- Esto me surge porque cuando ejercía la docencia en la Facultad -ahora la sigo ejerciendo en alguna otra institución-, los estudiantes me preguntaban quién podía suspenderles el título. Yo les decía que la Comisión de Salud Pública del MSP podía llegar a la inhabilitación a través de distintas sanciones. Pero ahora tenemos al Colegio Médico y también a este proyecto de ley.

SEÑOR PRESIDENTE.- Además, el artículo 19 solo prevé sanciones pecuniarias. Nosotros, durante la discusión previa, habíamos hablado de la posibilidad de suspender o de clausurar a las instituciones.

(Diálogos)

—— Con respecto al cometido de vigilancia ética, es verdad que es exclusividad del Colegio Médico -es como una función monopólica- respecto de los médicos, pero en estas cuestiones pueden intervenir otras personas que no lo sean. En ese caso, alguien tiene que hacer la vigilancia.

SEÑOR BERRO.- Tiene razón el señor Presidente: pueden intervenir biólogos, técnicos, diferentes equipos, etcétera.

A mi modo de ver, creo que este proyecto ha sufrido mejoras.

(Diálogos)

SEÑOR PRESIDENTE.- Agradecemos mucho vuestra comparecencia.

(Se retira de Sala el doctor Berro)

(Ingresan a Sala las doctoras Lidia Cantú y Marisa Dellepiane y el doctor Gerardo Bossano.)

—— La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene el gusto de recibir a la doctora Lidia Cantú, Directora del Laboratorio de Fertilización In Vitro del Centro de Esterilidad Montevideo; a la doctora Marisa Dellepiane, ginecóloga especialista en medicina reproductiva y conductora de programas de fertilización in vitro, y al doctor Gerardo Bossano, director del Centro de Esterilidad Montevideo.

SEÑORA CANTÚ.- Trajimos material escrito para que ustedes tengan más elementos en el momento de tomar las decisiones.

Quisimos venir a la Comisión porque nos enteramos de que están trabajando en el proyecto de ley de reproducción humana asistida; un proyecto que hace mucho tiempo está en la órbita de las Cámaras. Lo estuvimos leyendo y nos pareció que podíamos hacer aportes importantes desde el punto de vista médico. Hace muchos años que trabajamos en reproducción humana -yo soy embrióloga y trabajo en un laboratorio de reproducción humana asistida- y nos parece que vale la pena dar nuestro punto de vista técnico con respecto a este proyecto.

Hicimos pequeñas puntualizaciones acerca de los artículos en los que nos pareció que teníamos aportes para hacer. Ustedes saben que hace muchos años que existe la reproducción humana asistida como técnica. Hace dos años, el premio Nobel de Medicina fue dado a un biólogo inglés que fue el primero que hizo una reproducción humana asistida en el mundo, el doctor Edwards, y ese es un reconocimiento desde el punto de vista médico a esta técnica por la que han nacido millones de niños. En nuestro país funciona el Centro de

Esterilidad Montevideo desde 1987 -hace ya veinticinco años-, y hace veintiún años que nació el primer niño de fertilización in vitro. Esta es una técnica muy común; solo en nuestro centro hay setecientos niños nacidos de más de cuatro mil casos de reproducción asistida que hicimos en estos años. Pensamos que algunos aspectos técnicos tienen que ser tomados en cuenta en el momento de evaluar estas cosas.

Analizamos cada uno de los puntos del proyecto, pero queremos hacer hincapié en el artículo 10, que habla de la congelación de embriones, y sobre todo en el artículo 11. Sobre este último artículo sugerimos que no se limite el número de ovocitos a inseminar. El proyecto dice erróneamente "fertilizar", y hay una diferencia entre inseminar y fertilizar. Se insemina mediante cualquiera de las dos técnicas que se usan más habitualmente: la técnica de ICSI, por medio de la que se microinyecta un espermatozoide, o la de FIV convencional, por medio de la que se ponen espermatozoides y óvulos juntos. Eso es inseminar. Fertilizar es cuando el espermatozoide que entra al óvulo desencadena otras instancias biológicas que hace que los dos núcleos se expongan y luego se fusionen. En eso nosotros no podemos intervenir, no sabemos cuántos de los óvulos inseminados van a ser fertilizados; eso escapa a nuestro trabajo. Entonces, donde dice óvulos a fertilizar, debería decir ovocitos a inseminar.

Por otra parte, nosotros decimos que no debería haber un número límite, y les explico por qué. Las tasas de fertilización normales van entre el 60% y el 70%. Eso quiere decir que si nosotros inseminamos diez óvulos, realmente van a ser fertilizados seis o siete. Esto ocurre porque no todos los óvulos están aptos ni son viables, y sucede lo mismo con los espermatozoides. Por lo tanto, no podemos saber qué va a ocurrir hasta que no suceda la fertilización. A su vez, de esos óvulos que fertilizan no se obtienen embriones evolutivos al día quinto más que en un 20%. O sea, si yo parto de diez óvulos inseminados, seis o siete pueden ser fertilizados y solamente dos o tres van a llegar a blastocitos. Por lo tanto, si partimos de tres óvulos inseminados, no sé cuántos embriones voy a obtener; tal vez ninguno o tres como máximo. Esto es variable de acuerdo a la patología y edad de la mujer. Consideramos que restringir el número a tres ovocitos atenta contra las posibilidades de éxito de un programa de reproducción humana asistida, disminuyendo a mínima la probabilidad de lograr el embarazo. Esto haría que por un tema de costos y resultados, las parejas opten por viajar, por ejemplo, a Argentina, donde no hay restricciones, pero no van a ser amparados por la legislación uruguaya, que pensamos que es el principal objetivo de este proyecto de ley: amparar a los pacientes. Esto ya sucedió en Italia donde la legislación restringe a tres ovocitos; las parejas optan por viajar a otros países donde no tienen restricciones.

Por otro lado, en la segunda parte del artículo 11 se menciona que se transferirían todos los embriones obtenidos. Nosotros decimos que esto puede implicar problemas y sugerimos que se limite al número de dos los embriones transferidos y que solo por razones médicas se puedan transferir tres.

Quiero señalar otro error del texto. Se menciona "implantar los embriones", y esa palabra también está mal. No es implantar sino transferir. La implantación es un fenómeno biológico que tienen que hacer los embriones dentro del útero y depende de la viabilidad de los embriones y de las características que tenga el endometrio para ser apto para la implantación. O sea que eso también habría que corregirlo desde el punto de vista técnico.

Como decía, es un grave error consignar que deben implantarse todos los embriones. La consecuencia inmediata de esto puede ser un embarazo múltiple con los riesgos y los costos inherentes. Las prácticas actuales de vitrificación de embriones son un excelente recurso que aumentan las tasas acumulativas de embarazos sin dañar al embrión ni exponer a la paciente al riesgo de embarazo múltiple. De aceptarse esta posibilidad, debería agregarse un artículo que contemplara el destino de los embriones criopreservados. Sugerimos que la finalidad de estos embriones criopreservados sea únicamente la transferencia diferida al útero de la mujer y, en caso de imposibilidad, se establezca la donación con las mismas características de anonimato que la donación de gametos, prohibiéndose expresamente el descarte de embriones. Las parejas debidamente informadas decidirán si quieren o no criopreservar bajo estas condiciones. De no aceptarlas, se procederá a inseminar como máximo tres ovocitos como plantean ustedes al principio.

Queríamos hacer hincapié en esto porque en teoría pensar en tres óvulos y que se fertilizaran, sería excelente; pero nosotros no podemos saber cuáles son los tres óvulos que van a fertilizar ni sabemos si esos embriones van a ser viables hasta que veamos la fertilización y después cómo evolucionan los embriones in vitro. Si yo parto de tres óvulos, puede suceder que no tenga ningún embrión viable. Entonces a estas parejas, que hacen un gran esfuerzo no solamente desde el punto de vista económico sino físico y emocional para llegar a

hacerse una fertilización in vitro, les vamos a dar una posibilidad muy pobre de que esta fertilización lleve a lo que ellos quieren, que es conseguir un embarazo.

Por ejemplo, en los países escandinavos, en Finlandia y en algún otro lugar de Europa no se transfiere más de un embrión a la vez, aunque se pueden manipular muchos óvulos. Pero el Estado o los prestadores de salud pagan todas las in vitro que el paciente quiera hacerse. Entonces, el paciente sabe de entrada que por lo menos el costo económico no lo va a tener. Pero no es nuestro caso. A la gran mayoría de las parejas a las que asistimos les cuesta mucho trabajo conseguir el dinero para hacerse una in vitro; ustedes ya lo sabrán porque han recibido infinidad de petitorios al respecto. Teniendo en cuenta esto, no podemos, además, hacer una in vitro en la que va a estar restringido el número de embriones posibles de conseguir un embarazo, porque eso implicaría decirles que se hagan la in vitro con las mínimas posibilidades de lograrlo. Esto es un poco injusto para las parejas, y lo que vamos a conseguir es que se tomen el Buquebús y se vayan a Buenos Aires o a San Pablo para hacer esto sin ningún problema. Pero en ese caso la ley uruguaya no los va a proteger, porque estarán fuera del país.

SEÑOR BOSSANO.- Hace veinticinco años que trabajamos en esto y siempre hemos venido para tratar de ejemplificar cuáles son los mejores resultados que se pueden obtener con este procedimiento, que ha avanzado mucho en los últimos años, por lo que hemos tenido que ir modificando algunas técnicas que se han ido implementando.

Lo que mencionó la doctora Cantú sobre el laboratorio es básico. Desde el punto de vista clínico, lo que hacemos es entregar óvulos. Quiero recalcar que hay dificultades para conseguir óvulos maduros, o sea, aptos para ser fertilizados. Esto no es fácil y resulta muy diferente de paciente a paciente; no hay esquemas rígidos. Esta metodología implica una hiperestimulación ovárica, que puede ser riesgosa o no para la paciente y debe ser modificada o no según los criterios del médico para llevar adelante este tipo de estímulos.

En algunos casos, se dispone de muchos folículos, pero a veces obtenemos un porcentaje mucho menor de óvulos. Además, existe la restricción de que no todos los óvulos que se aspiran por esta técnica son aptos para ser fertilizados, porque eso depende de la edad de la paciente, de que se haya realizado procedimientos anteriormente, de las lesiones que pueda haber sufrido en los ovarios y de las posibilidades de respuesta que tienen las pacientes que, en general, en estos casos es baja. Esto implica que el laboratorio trabaja con lo que entregamos los clínicos, que tenemos que manejar con mucho cuidado la hiperestimulación ovárica, que debe ser conducida y controlada.

Repito que en esa etapa el gasto es importante, porque los costos tienen que ver con las hormonas, que son muy caras y representan el 25% o el 30% del procedimiento. Entonces, debemos tener la precaución de hacer una hiperestimulación conducida que nos permita obtener óvulos fértiles que puedan ser llevados al laboratorio y, en base a los dos procedimientos, producir embriones adecuados. Si estimulamos menos o hacemos una hiperestimulación de menor cuantía le damos menos chances a la paciente, porque eso puede redundar en la calidad y en la cantidad.

Entonces, como ya conversamos alguna otra vez con esta Comisión, se puede plantear la interrogante de si es mejor o no tener una ley. Nosotros creemos que es mejor tenerla, pero todo lo que sea excesivamente limitante puede ser contraproducente para los procedimientos, por lo que ocurre con el laboratorio, por lo relacionado con la hiperestimulación, por los costos, y también porque, por lo general, en este país las pacientes no pueden hacerse varios procedimientos.

Quería explicar desde el punto de vista clínico el mecanismo para llegar a esto.

SEÑORA DELLEPIANE.- Soy especialista en medicina reproductiva y desde hace veinticinco años conduzco programas de fertilización in vitro.

Quiero felicitar a los señores Diputados por haber llegado a este proyecto conciso, que trata de tener en cuenta los aspectos más importantes de la reproducción asistida. Sé que es un esfuerzo muy grande y, en general, el proyecto está muy bien.

Nos traen aquí dos temas importantes que nos preocupan. Uno es el error en que se incurre al decir que deberán ser transferidos todos los embriones obtenidos. Es un error porque eso va a conducir al aumento del

embarazo triple, con las consecuencias nefastas para la madre, el producto de gestación y los costos de medicina perinatal, que son altísimos. Eso hay que corregirlo, porque es un error.

Nosotros reportamos los datos a la Red Latinoamericana de Reproducción Asistida y es una mala nota tener embarazos múltiples. La tendencia actual es transferir un solo embrión para evitar, inclusive, el daño que provoca el embarazo gemelar, los costos y los malos resultados. Lo ideal sería transferir un solo embrión y tener un embarazo único.

Queremos llamar la atención al respecto; nos pone muy nerviosos la posibilidad de que eso quede establecido, porque nos obligaría a no realizar estas técnicas o, inclusive, a inseminar solo dos ovocitos, para no tener más de dos embriones.

El otro elemento que nos preocupó mucho es el número de ovocitos que podríamos inseminar legalmente, que iría en claro desmedro de los resultados. No es un invento rioplatense ni uruguayo que se trabaje con ocho, diez o doce ovocitos; esta es la base de la fertilización in vitro en el mundo. De Japón al Río de la Plata y del Río de la Plata a Japón no hay ningún centro que trabaje de otra manera, excepto en Italia, donde hay una legislación restrictiva.

SEÑORA CANTÚ.- Alemania tiene una legislación restrictiva, pero con respecto a la cantidad de embriones que se pueden cultivar. Permiten inseminar y fertilizar todos los óvulos y, una vez que están fertilizados, dejan solo tres que sigan evolucionando, y los demás son congelados.

SEÑORA DELLEPIANE.- Entonces, trabajar con el número de ovocitos adecuado es lo que nos permite tener embriones suficientes como para pensar en un procedimiento exitoso.

Yo me siento católica; sigo la doctrina cristiana. El hecho de trabajar con más ovocitos y -embriones no hace que sienta que estoy violentando la doctrina cristiana, porque tanto los gametos como los embriones son tratados con absoluto respeto y cuidado. Además, tanto las técnicas de fertilización in vitro como las de vitrificación y conservación de embriones cuidan el embrión y no menoscaban en lo más mínimo sus posibilidades de llegar a feliz término y dar lugar a un nacido vivo.

Creemos que esta norma tiene que proteger al usuario. En el caso de la fertilización in vitro, el usuario es una pareja angustiada, desesperada, que está buscando formar una familia. Si esta ley restrictiva sale adelante y solo podemos manejar tres ovocitos, vamos a aconsejar a las parejas que vayan a realizar este tratamiento en la República Argentina, donde van a trabajar como se debe. Lo planteo por razones científicas. No se trata de razones mercantilistas, orientadas a hacer que la inversión rinda; simplemente, se trata de conseguir el éxito.

Si tuviera que aconsejar al legislador diría que este proyecto está muy bien porque habla de no descartar embriones, con lo que estamos totalmente de acuerdo. Además, habla de no usar úteros de alquiler, con lo que también estamos totalmente de acuerdo. Finalmente, establece que no se pueden usar embriones para la investigación, y también estamos de acuerdo con eso. Es decir que estamos de acuerdo con todas las grandes bases del proyecto, pero venimos como asesores para ver si se puede reconsiderar la posibilidad de trabajar con más de tres ovocitos.

Es todo lo que quería agregar. Estoy a las órdenes para cualquier aclaración, para venir a trabajar o aportar opiniones o datos.

Tengan esta idea: cuando trabajamos con diez óvulos, fertilizan seis o siete y no todos van a terminar en embriones de día quinto, luego de ser cuidados y protegidos, como sucede en la naturaleza, en el útero de la mujer. En el útero de la mujer no siempre que se unen el óvulo y el espermatozoide se da lugar a un embrión que se implanta, sino que hay una selección natural de la especie. Entonces, de los diez óvulos que se inseminan solamente fertilizan seis y de esos seis, solo llegan dos a etapa evolutiva para transferir. ¿Saben por qué? Porque la mujer se hace reproducción asistida después de los treinta años y a medida que pasa la edad aumenta el porcentaje de óvulos de mala calidad. Nadie se hace una fertilización in vitro antes de los treinta años. Por lo tanto, sabemos que el 40% de los óvulos están en malas condiciones y nos los puede identificar la doctora Cantú en el laboratorio porque el aspecto es igual en los buenos, los más o menos y los que no sirven. Entonces, si se trabaja con tres y no sirven, hay que empezar nuevamente el programa, con las

inyecciones y asumiendo el gasto de US$ 1.000 o US$ 2.000 en medicación y US$ 1.500 en internación en clínicas privadas.

SEÑOR BOSSANO.- Quiero hacer la precisión de que hablamos del término embrión, que fue adoptado para este proyecto, luego de varias nominaciones.

Estamos de acuerdo con que lo mejor que le puede pasar a la paciente es que podamos transferir el día cinco, que es la etapa de blastocisto, que es la que tiene mayor -división celular. No obstante, no todos llegan a blastocistos y muchas veces se tiene que transferir el día tres del ciclo. En el día tres del ciclo puede haber entre cuatro y ocho células, todavía no está formado el macizo celular interno que es el que genera más adelante el embrión o feto y esto equivale a que existan anomalías en el óvulo y en el espermatozoide. Por algo actualmente casi un 60% de las indicaciones de la fertilización in vitro son masculinas. Las femeninas fueron las primeras, pero las masculinas son la mayoría. ¿Por qué? Porque la calidad del semen en el hombre ha sido disminuida por un montón de factores, desde ambientales hasta alimenticios. Antes la calidad espermática era buena y se ponía a fertilizar, en cambio hoy se hace casi un 70% de procedimientos de ICSI, porque si se rescatan diez óvulos y hay un espermograma que indica que no es factible que el espermatozoide tenga capacidad para entrar al óvulo, no se puede arriesgar a perder óvulos.

Esa fusión de óvulo con espermatozoide, núcleo y núcleo, recién se va a dividir en el primer día, al segundo día va a tener cuatro células, al tercer día puede tener entre cuatro y ocho células y si esos embriones están fragmentados, tienen poca calidad de división y no se ve el citoplasma adecuado, el biólogo va a recomendar no esperar hasta el día cinco. Entonces, el hecho de transferir el día tres en un endometrio que está preparado, puede darnos una tasa de fertilidad que ande entre el 20% y el 35%, según la edad de la paciente que es la receptora.

Por lo tanto, sigo recalcando que la dificultad que tenemos está dada por la edad de la paciente que sale a la consulta, que generalmente tiene más de treinta años y la reserva ovárica -no está limitada solamente a la edad sino a la característica congénita, que muchas veces hace que por más que se estimule mucho igual va a tener una baja respuesta, baja calidad y bajo número de ovocitos. En ese sentido, al tener una edad dificultosa y con un factor masculino muchas veces coexistente con el factor ovocitario, puede haber una baja respuesta y hay que repetir los procedimientos.

Me parece que esto es el redondeo de todo lo que hemos dicho en cuanto a lo biológico y a la estimulación en la parte clínica a la que hizo referencia la doctora Dellepiane, y es lo que queremos informar a los señores legisladores. Nos parece que es un muy buen proyecto y creo que ajustando algunas pequeñas cosas en cuanto a terminología y al número de limitantes, irá en beneficio de la paciente y de las parejas que tienen el problema de la esterilidad en la reproducción.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quiero aclarar que el ICSI es el método de la inyección intracitoplasmática del espermatozoide y el otro es el método natural.

SEÑOR VEGA LLANES.- Muy interesante la aclaración del señor Presidente.

A mí me entran cada vez más dudas de que esta ley sea conveniente, porque los especialistas no conocen la parte que le toca al legislador. Creo que las leyes no se deben meter con los procedimientos científicos, entre otras cosas, porque no hay capacidad técnica como para definirlo. En realidad, la primera redacción que tuvo este proyecto de ley, no imponía ninguna limitación, porque está claro que hay determinadas cosas que están vinculadas al conocimiento científico. No considero que una ley deba decir cómo se debe hacer ningún tipo de procedimiento médico. El problema es que después nos enfrentamos con los escollos que no están vinculados a esto, sino con lo que la gente piensa y cree que los demás tienen que vivir según su forma de pensar. Entonces, aparecen estas limitaciones en un proyecto que en principio no las había y se vinculan con el hecho de que los mismos que vienen a hablar en contra del aborto, también vienen a hablar en contra de las técnicas de fertilización asistida. Esa es la verdad.

Por lo tanto, empieza un proceso duro de negociación y hay que encontrar una solución, que no debe ser en perjuicio de quienes utilizan estas técnicas. Quienes conocemos a parejas que quieren tener hijos ayudados por la reproducción asistida, tenemos claro la angustia que viven.

En algún momento, me entra la duda en cuanto a que esto se transforme en algo clandestino, como las clínicas de abortos, que es lo que va a pasar si seguimos limitando. Además, hay cosas que no se pueden controlar, diga lo que diga la ley.

Me parece bueno el aporte, en el sentido de que las limitaciones deben darse por la conducta ética de cada uno de los médicos. El problema es que en el Parlamento no creen en eso y piensan que con eso vamos a hacer quién sabe qué cosa y consideran que es necesario poner limitantes. Yo creo que no hay que ponerlas, porque en definitiva, hay ante quien responder por conductas no éticas y no necesariamente es la ley.

Creo que vamos a poder encontrar una redacción que satisfaga a todos y no perjudique a la gente que está en esto.

El objetivo fundamental de la ley es brindar a quienes tienen la necesidad de tener hijos, un instrumento para que el Estado reconozca esta dificultad como una patología o disfunción y arbitre medidas que hagan posible el acceso a las técnicas de reproducción a personas que no las pueden financiar por sus propios medios.

Por otra parte, creo que están equivocados en una conclusión. El artículo que refiere a la identidad del donante no está en contra del Pacto de San José de Costa Rica, porque la identidad es civil. Si se le pregunta a alguien quién es, saca la cédula no el genoma. Además, el acto de ser padre no es donar un gameto, sino que tiene otras cosas.

Me parece interesante que sea el propio donante quien exprese su voluntad de ser identificado o no. De todas maneras, no se contemplaría el futuro derecho de alguien que va a ser concebido con esta técnica. Yo tengo miedo de que si hay posibilidad de identificar a los donantes, en el día de mañana aparezca alguien golpeando la puerta de un donante diciendo que es su hijo, porque no lo es sino que es fruto de una donación y que esto provoque que no haya donantes. Con ese riesgo, yo no haría la donación, si bien no estoy en edad de hacerlo. ¿Cómo podría enfrentar esa situación vital en la que alguien venga a decirme que soy su padre? ¿Cómo voy a ser su padre si ni siquiera sé a quién fertilizaron con el espermatozoide que yo doné? Todas las personas que recibimos por este tema plantean esto en esos términos, citando el Pacto de San José de Costa Rica, que a esta altura ya estoy odiando, porque apareja más problemas que soluciones. En realidad, a los gurises se los sigue maltratando y matando, con o sin Pacto de San José de Costa Rica. Así que muchas soluciones no ha aportado; problemas, sí.

Entiendo que eventualmente podríamos llegar a una solución, a través de alguna transacción, que es lo que hacemos acá. De todas maneras, me parece que así como la no posibilidad de manejar varios ovocitos para lograr embriones viables impediría la técnica, la posibilidad de que un buen día se sepa quién es el donante, salvo por una razón muy fundada, también evitaría la donación de gametos, porque yo creo que nadie lo haría.

SEÑORA CANTÚ.- Con respecto a la donación de gametos, en primer lugar, estoy totalmente de acuerdo con que alguien que dona un gameto no es el padre. El padre es el hombre que cría a ese niño, el que está dispuesto a quererlo, a cuidarlo, a educarlo, a darle su amor, y por eso hace este tipo de procedimiento. El donante es el que solamente pretende donar una gameta para que alguien pueda tener un hijo.

Lo que nosotros decimos con respecto a que el niño tenga la posibilidad de saber de quién viene esa gameta -en caso de que los padres se lo quieran contar; esa es otra cuestión-, es que está bien que el donante lo sepa. Además del Centro de Esterilidad Montevideo, yo formo parte del laboratorio Fertilab. Allí funciona el único banco de semen del Uruguay, en el que guardan sus muestras pacientes que, por ejemplo, deben hacerse una quimioterapia e, inclusive, pacientes que se van a hacer una vasectomía y deciden guardar sus espermatozoides por si después resuelven ser padres nuevamente. También tenemos un banco de semen de donantes. Desde hace seis o siete años, en los consentimientos informados que damos a las parejas receptoras y a los donantes -les traje copia de ellos- preguntamos si aceptan ser identificados en caso de que ello fuera necesario. Por supuesto se mantiene el anonimato recíproco entre la pareja receptora y el donante que proporciona esas células. Para nuestro asombro, todos los donantes que fueron aceptados desde esa época y hasta el momento estuvieron de acuerdo con esto. Nosotros pensábamos que los donantes no iban a aceptar ser identificados, como decía el señor Diputado Vega Llanes. Eso sí fue lo que sucedió en Inglaterra, donde prácticamente se quedaron sin donantes desde el momento en que la ley les marcó que -si era necesario

tendrían que dar sus nombres. Por supuesto, no se trata de que alguien pase por el banco y le digamos quién fue su donante; eso, no. Se necesitará el pedido de un Juez, tal vez haya una Comisión que decida esto; luego se verá la forma de instrumentarlo. Reitero que desde hace seis o siete años -no recuerdo exactamente cuánto tiempo- cuando las personas van a donar a este banco expresan que están de acuerdo con ser identificadas en caso de que fuera necesario, por algún motivo de salud psico o física del niño. Hacemos el planteo desde ese punto de vista. En ningún momento pensamos que el donante es el padre ni que vamos a dejar abierto el libro de donantes para que mañana el chico se presente diciendo que se enteró de que la muestra fue de ese banco de semen y que quiere conocer quién fue el donante. Eso, no.

SEÑOR VEGA LLANES.- Precisamente, la ley prevé que en caso de enfermedad, obviamente vinculada a lo genético, la Comisión autorice revelar la identidad del donante. En realidad, la discusión estuvo centrada en que se debía revelar la identidad del donante cuando el chico o la chica tuviera dieciocho años porque así lo solicitaban.

SEÑORA CANTÚ.- No; eso no se hace.

SEÑOR VEGA LLANES.- Yo me estaba refiriendo a esos casos. En ese otro caso que se plantea es lógico que se pretenda conocer la identidad; si en el donador biológico puede estar la solución para una enfermedad del niño, obviamente, lo primero es cuidar la salud de ese niño. El problema central es el que tiene que ver simplemente con la curiosidad por saber quién fue el donante. Teniendo en cuenta ese ejemplo es que planteo que no habría ningún donante. Para los casos de enfermedad, la iniciativa prevé que la Comisión sea la que autorice a revelar la identidad del donante.

SEÑORA CANTÚ.- Con respecto al artículo 6º, creemos que se debe considerar expresamente el concepto de viático totalmente justificado. Obviamente, las gametas no tienen precio, pero entendemos que se debería hacer un paralelismo con la donación de sangre, dado que si bien es gratuita, por ley, el donante tiene un día libre. Por lo tanto, se le está pagando un jornal sin que lo trabaje. En este caso, sugerimos que se pueda considerar únicamente el concepto de viáticos por gastos generados y lucro cesante.

Por ejemplo, las donantes de óvulos durante veinte días deben ir todas las mañanas a la clínica a hacerse ecografías y a sacarse sangre, deben disponer de tiempo para hacerse el procedimiento, luego deben ingresar a la clínica y pasar por una anestesia, por lo que obviamente ese día no irán a trabajar. Por eso entendemos que deben recibir un viático; es muy difícil que alguien quiera pagar y dejar de trabajar para hacer una donación.

En cuanto a la cantidad de veces que se puede donar, en el proyecto se establece que es una sola vez. No sé si eso significa solo una vez o solo un embarazo. Nosotros entendemos que en el caso de las mujeres, la Comisión debería observar, a través de un registro, que no puedan ser estimulada para donar ovocitos más de cinco veces y que no puedan donar en más de un centro a la vez, de manera que se pueda llevar un mejor control. Y decimos esto porque las donantes deben ser debidamente estudiadas y ello implica gastos que luego se trasladan a los pacientes.

Por otra parte, en el caso de los hombres, creemos que la Comisión debe controlar, a través de un registro, que pueden donar hasta obtenerse no más de veinte embarazos y que no puedan hacerlo en más de un centro. Esto tiene que ver con la consanguinidad involuntaria, que ya habrán planteado aquí. Se ha estudiado al respecto en las poblaciones, y se ha advertido que existe una consanguinidad involuntaria que no es debida a los bancos. Nosotros presumimos que somos hijos de nuestros padres, pero si nos hacemos estudios de ADN, capaz que más de uno en esta sala se lleva un susto. En realidad, eso es lo que sucede, porque no tenemos un chip marcado con el espermatozoide y el óvulo. Eso no es así. De manera que la consanguinidad involuntaria ya existe. Por otra parte, desde el punto de vista médico, no existe inconveniente de que haya consanguinidad involuntaria, porque a menos que se trate de sociedades muy cerradas, como podría ser el caso de personas que viven en una isla o quedaron encerrados en un pueblo por un motivo especial, en las que se cruzan las familias durante muchísimo tiempo, desde el punto de vista médico, no hay ninguna alteración que haga pensar que porque se encuentre alguien que comparte parte de los genes vayan a tener algún problema desde el punto de vista clínico. Desde ese punto de vista, nos pareció que no tenía sentido la limitación a una sola donación.

Les comento cómo es el procedimiento con los donantes de semen. Los donantes van a una consulta, se les hace una historia clínica, se les pide exámenes de laboratorio y muestras durante un tiempo, y nuevamente se vuelven a pedir exámenes de laboratorio. Si durante todo ese tiempo el donante se mantuvo sin infectarse y sin tener ninguna enfermedad por las que esas muestras deban ser descartadas, es aceptado. Si por algún motivo el resultado de alguno de esos estudios está mal, sus muestras, que fueron mantenidas en cuarentena, son descartadas. De manera que si trae solo una muestra, el procedimiento sería prácticamente inviable. Además, para inseminar a una paciente habitualmente se le adjudican tres muestras del mismo donante, porque es muy difícil que en una sola inseminación logre el embarazo, y la idea no es cambiar de donante cada vez que se le hace una inseminación. Inclusive, hay pacientes que logran el embarazo y mantienen congeladas esas muestras que les fueron adjudicadas para que si después quieren tener un segundo hijo, los niños tengan la misma información genética, de forma tal que sean hermanos también por parte del donante de semen. Por ese motivo no se podría guardar solo una muestra. Entiendo que son razones médicas.

SEÑOR PRESIDENTE.- En primer lugar, quiero decir que es una verdad a medias decir que las mismas personas que están en contra del aborto son las que están en contra de las técnicas de reproducción asistida. Solo se superpone esa opinión en un pequeño grupo de gente.

En segundo término, mantener que la identidad es civil es discutible. Estoy absolutamente de acuerdo con que el acto de ser padre no es solo donar un gameto; no es solo donar dentro de un frasco o de una vagina. Hay muchos donantes de gametos dentro de las vaginas de las mujeres que no merecerían ser padres. Y en realidad sí se les puede llamar a responsabilidad por eso.

Por último, quiero decir que desde Heráclito y Parménides, mucho antes de Sócrates, se discutía en el mundo si los que tenían que resolver sobre las cuestiones públicas eran los filósofos, los filisteos o los tecnócratas. Y en realidad, después de Platón, parecía que los que tenían que decidir eran solo los que veían las luces y no quienes veíamos las sombras. Por suerte, los griegos decidían las cosas en el ágora, donde se supone que participaban todos -o los que por aquel entonces se entendían que eran todos- y ese todo se agrandaba al incorporarse nuevos colectivos. Por suerte, para todos los aspectos que tienen que ver con las cuestiones públicas, contamos con gente que sabe y nos asesora.

No podemos reivindicar lo que se dijo antes, porque con ese criterio no hacemos leyes, y dejamos todo librado a que la tecnocracia nos gobierne.

Con respecto al Pacto de San José de Costa Rica, digo que no puede ser que sea bueno para algunas cosas y nos moleste para otras. En todo caso, si nos molesta, este país está en todo su derecho de denunciarlo cuando quiera. Lo único que tiene que hacer es conseguir las mayorías en el Parlamento, levantar la mano y denunciar el Pacto de San José de Costa Rica, y no adherimos más.

SEÑORA SANSEVERINO.- Agradezco los comentarios y el asesoramiento que son muy bienvenidos.

Este proyecto tiene modificaciones constantemente porque son muchos los actores que involucra. Han concurrido a la Comisión integrantes de la cátedra de Bioética que aportaron reflexiones, así como también de la de Derecho de Familia de la Universidad, analizando el tema de identidad, que no es tan sencillo como se relata acá. Hay compromisos internacionales, los derechos van evolucionando y por tanto hay que estar atento a no aprobar leyes que luego iremos descartando de acuerdo con los tratados internacionales que hemos aprobado; el artículo 72 de la Constitución nos da un marco más que general.

Por vuestra experiencia me parece importante focalizarnos en los temas sobre los que ustedes pueden darnos las mejores soluciones para esta ley. Quiero señalar que se acaba de aprobar un proyecto en la Cámara de Diputados de Argentina donde quitaron de plano la discusión sobre la infertilidad. Establecieron que esa ley tiene por objeto garantizar el acceso integral a los procedimientos y técnicas médico asistenciales de reproducción médicamente asistidas. Definen la reproducción médicamente asistida como los procedimientos y técnicas realizados con asistencia médica para la consecución de un embarazo y quedan comprendidas las técnicas de baja y alta complejidad que incluyen o no la donación de gametos y embriones.

Las definiciones que hacemos acá han sido duramente criticadas. Por ejemplo se ha interpretado como una intromisión a la vida privada el concepto de pareja estéril. Se habla de doce meses de relaciones coitales frecuentes, y alguno de nosotros y hoy el doctor Berro analizaban qué se entiende por frecuentes.

Considero que la ley argentina decide no ingresar en temas de altísima sensibilidad humana. Deja el tema de la pareja y el de la homosexualidad resuelto porque quien quiera presentarse al uso de estas técnicas tendrá legitimidad dada por la ley. Probablemente tengamos que trabajar en una modificación al artículo 1º, porque inclusive el Ministerio de Salud Pública no lo ve demasiado ajustado. Es decir que tenemos una difícil tarea, pero queremos concretarla porque como bien decían ustedes hay muchísimas parejas que quieren que haya una ley con mayores garantías y también por una cuestión de recursos económicos. Además, el Estado debe ser partícipe de ello.

Me gustaría que ustedes presentaran una redacción alternativa respecto a algunos artículos, sobre todo para el artículo 11. En el documento que tienen lo esbozan, y sería bueno que fuera a la brevedad porque ha sido muy criticado el establecer tres óvulos. En cuanto al tema de la identidad lo deberemos analizar. A veces la ley dice determinadas cosas y después la realidad hace que las investigaciones de quien quiera saber su identidad genética camine por otros lados. Actualmente, la Suprema Corte de Justicia a veces dicta resoluciones sobre temas que no están comprendidos en las leyes, y algunas personas se quejan porque son muy de avanzada. Por lo tanto quizás sería mejor no decir nada.

Con el fin de que me orienten un poco, quisiera saber si llegan parejas homosexuales a sus clínicas.

SEÑOR BOSSANO.- Es cada vez más frecuente. Hoy hablamos del derecho de la mujer sola. Se trata de mujeres solas que vienen a buscar una inseminación de donante, que tienen 30 o 38 años y no tienen pareja y quieren adquirir el derecho a tener un hijo. Nosotros consideramos que es válido y personalmente lo realizamos. Han venido parejas homosexuales. Diría que en los últimos tres años hemos tenido unas tres parejas por año. O sea que la frecuencia es mayor, y siempre buscando la posibilidad de realizarse técnicas de búsqueda del embarazo. Hay que aclarar que esto no quiere decir fertilización in vitro. Tengo muchas pacientes que son pareja homosexual -sobre todo mujeres- que buscan tener un hijo y no son estériles. Simplemente quieren realizar un tratamiento, una técnica de baja complejidad porque no quieren tener relaciones extrapareja. Han venido con una frecuencia mayor por este tipo de consulta.

No sucede lo que se ve en algunos diarios de manera tan frecuente sobre parejas de varones -como algunos actores- que tienen hijos de parejas por útero de alquiler y semen de uno de ellos. De estos casos no hemos tenido ninguno. Pero esa situación puede surgir en gente vinculada a la reproducción desde hace muchos años, y las consultas vienen dirigidas prácticamente con el pedido expreso de que vienen a buscar determinada solución. Pero no todo lo que se puede hacer debe ser realizado; hay que analizar cómo y por qué, y cuáles son las indicaciones.

Precisamente, recién preguntaba a la doctora Dellepiane -que trabaja en el Centro de Esterilidad pero en otra área- si había tenido solicitudes de útero de alquiler. Debemos decir que esta técnica cada vez es más frecuente. A veces se pide por falla repetida de la fertilización in vitro en un útero, debido a que es miomatoso o de mala calidad como para llevar adelante un embarazo. Es decir que a pesar de no tener ausencia de útero, esa mujer tiene imposibilidad de llevar adelante un embarazo. En esos casos, las pacientes buscan otra salida. A algunas las hemos enviado a Estados Unidos, a determinados centros que están autorizados a hacer este procedimiento. Hay casos públicos muy conocidos en el ambiente montevideano que han tenido embarazos únicos o gemelos.

En lo personal, creo que este tipo de técnicas cada vez son más frecuentes.

SEÑORA CANTÚ.- En determinado momento nos dimos cuenta de que iba aumentando la cantidad de mujeres solas que venían a pedir muestras. Al principio, el banco de semen no otorgaba muestras a mujeres solas, porque había sido creado para asistir a parejas infértiles; pensábamos que eso estaba fuera del alcance que tenía. Luego, empezaron a aumentar las consultas. Cuando hablábamos con esas mujeres solas -muchas de ellas eran divorciadas o no habían tenido la oportunidad de tener una pareja con la que concebir un hijo y reclamaban la posibilidad de ser madres-, uno de los argumentos que nos esgrimían era: "Si no me ayudan, me empujan a que salga a buscar a una persona cualquiera para que me embarace, porque yo quiero ser madre". Entonces, fuimos cambiando nuestra cabeza y nos fuimos adaptando a lo que la sociedad también se fue adaptando. Decidimos empezar a ver a esas mujeres como a otras familias uniparentales de Uruguay, que por distintos motivos crían solas a sus hijos.

Por otra parte, el útero de alquiler es una práctica que no podemos hacer porque acá la mujer que pare es la madre. Por lo tanto, asesoramos a las mujeres y les decimos en qué país se realiza.

Hace poco tiempo tuve la oportunidad de escuchar a una abogada brasileña en una conferencia sobre reproducción asistida, que comentó que su país resolvió este problema a través de una ley que establece que solo se permite el uso del útero de alquiler en familiares directos. De esta manera se evita el comercio. Además, esta es una forma de esclavizar a una mujer: por dinero, debe prestar su cuerpo nueve meses, con todos los riesgos que ello implica, con la posibilidad de que se genere apego y demás, aspectos que nosotros cuestionamos. Si me traen un bebé de tres días y me dicen que lo cuide durante una semana y le dé la mamadera, será muy bien visto por todo el mundo que acepte. Dirán: "¡Qué bárbara esta doctora! ¡Deja de trabajar para cuidar a este niño!". A lo mejor hay una persona capaz de albergar un niño en su útero durante nueve meses para hacer un favor a una hermana, etcétera.

Es decir que hay distintos planteos sobre este tema. Me parece que la solución que buscaron en Brasil no es mala; la menciono a modo de ejemplo.

SEÑOR PRESIDENTE.- Para tener un embarazo se necesitan muchas cosas: un útero, gametos, hormonas, etcétera. En realidad, el elemento determinante es el útero. Esto genera una inequidad de género: las mujeres solas pueden tener hijos pero los hombres solos no, las parejas de homosexuales mujeres pueden tener hijos pero las parejas de homosexuales hombres, no. Este es un problema que deberemos resolver.

Les agradecemos mucho la información brindada; fue muy valiosa. Sería muy bueno que nos hicieran llegar una redacción alternativa para el artículo 11.

(Se retiran de Sala las doctoras Lidia Cantú y Marisa Dellepiane y el doctor Gerardo Bossano.)

(Ingresa a Sala una delegación de médicos del Hospital Pasteur)

—— La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social tiene mucho gusto en recibir a una delegación de médicos del Hospital Pasteur, integrada por la doctora Sonia Boudrandi, profesora titular de Clínica Quirúrgica 1 de la Facultad de Medicina; el doctor Carlitos Arévalo, Jefe del Departamento de Cirugía; el doctor Ricardo Decia, Jefe del Servicio de Urología, y el doctor Marcelo Diamant, profesor agregado de Clínica Quirúrgica 1 y encargado de cirugía vascular.

SEÑOR DIAMANT.- Nuestra intención al pedir ser recibidos por esta Comisión, forma parte de gestiones que estamos haciendo que se vinculan con una situación que entendemos -quienes estamos aquí y algunos colegas más, todos ellos jefes, responsables o encargados de distintas áreas- de deterioro progresivo del Hospital Pasteur, que ha llegado a lo que consideramos una línea mínima o no soportable.

En la nota que enviamos planteamos que quizás -analizando el tema retrospectivamente- deberíamos haber actuado antes, pero estábamos en la dinámica de pensar que algo se iba a arreglar, esperábamos la siguiente propuesta o un compromiso que, en general, no se ha cumplido. De esa manera, hemos ido asistiendo a un deterioro que es el que nos lleva a estar aquí.

Debemos decir que no somos los únicos que tenemos esta visión. Si bien no han podido asistir otros colegas, la gente del Departamento de Emergencia comparte la visión crítica de la situación, así como los colegas del Departamento de Medicina.

Vamos a contar lo que podemos relatar en primera persona.

Los hechos desencadenantes de esta situación han sido, por un lado, el cierre de dos salas de internación de cirugía. El problema con una de ellas comenzó en turismo del año pasado, con cuatro camas menos. Luego se fue deteriorando cada vez más y, según la información que tenemos, finalmente su cierre fue definido por el gremio de funcionarios y no por la Dirección del Hospital. Esa sala permanece cerrada desde hace varios meses por un problema vinculado con los baños, recién en junio llegaron los fondos y hoy -casi a fines de agosto- seguimos sin tenerla habilitada.

Por otra parte, hace aproximadamente quince días, también por problemas en los baños, el gremio -no la Dirección del Hospital- definió el cierre de otra sala. De esta manera, nos quedamos sin las salas de internación de hombres, lo que llevó a que debiéramos redistribuir todas las camas del hospital -lo que hicimos de acuerdo entre nosotros-, pero que repercutió en todo el funcionamiento del hospital.

Además, el hospital cuenta con cinco salas de operaciones con problemas de equipamiento: cialíticas rotas, las mesas de operaciones de mala calidad; hay algunas mesas chinas de hace dos años que están todas rotas y no han sido reparadas en tiempo y forma. Un día se empezó a llover una sala y entonces, de golpe, nos quedamos con solo dos salas. El hospital, por normativa de funcionamiento, debe tener una sala de emergencia, otra de urgencia y otra de coordinación. Actualmente, tenemos una sala a medias, por lo que como máximo tendríamos tres salas. Vale decir que para dividir entre los servicios de cirugía general: urología, vascular y otorrino, contamos con una sala, de ocho a catorce horas, todos los días, que compartimos entre todos, lo que en los hechos es el mismo régimen de funcionamiento que en un día de paro. Estamos en ese régimen de funcionamiento generando expectativas falsas a los pacientes que, además, ingresan y se deterioran. Sin querer hacer alarmismo o sensacionalismo, puedo decir que estamos fuera de fecha para resolver muchas situaciones.

Conjuntamente con esto, el servicio de radiología ha tenido un gran deterioro. En este momento solo tenemos un equipo de los cinco; el hospital no tiene medios para hacer placas simples, aunque ahora parece que se arregló un equipo pero es viejo, por lo que se arregla, funciona cinco días y se rompe; no se hacen estudios dinámicos; el tomógrafo solo cubre treinta horas de las ciento cuarenta y cuatro semanales que debe cubrir; en el servicio de anatomía patológica faltó dos meses un aparato micrótomo, que es para cortar las piezas, por lo que estuvimos dos meses sin poder cortarlas, de manera que operábamos a los pacientes pero no sabíamos qué era, ni en qué estadios, ni cómo estaban evadidas las patologías, por lo que se retrasaba el tratamiento; el servicio de emergencia está siempre sobrecargado. Nosotros apreciamos este deterioro y en la carta que enviamos expresamos que no es nuestra función definir responsabilidades -si bien, obviamente, tenemos nuestra visión-, pero en los hechos queremos que esto se arregle porque, además, el hospital tiene un capital humano muy importante que está viendo resentido su compromiso y su estilo porque las cosas no salen y cada día hay una problema diferente.

Asimismo, en la sala de operaciones, en el block quirúrgico, falta personal sistemáticamente. Y algo que no es colateral: en estos tiempos en que se habla tanto de la formación de los recursos humanos, tampoco se está formando a la gente desde la óptica de la Facultad de Medicina porque no se opera; los cirujanos aprenden operando y si no se opera, no se forman. Además, se están seleccionando las patologías, porque solamente operamos las cosas más graves que, por otra parte, no las resuelve la gente en formación.

O sea que, por donde lo miren, esto tiene muchísimas repercusiones.

Esto es lo que quería decir a modo de introducción, dejando paso a los colegas para que hagan sus planteos.

SEÑOR DECIA.- Soy Jefe de Servicio de Urología.

Nosotros actuamos como centro de referencia nacional en urología. Por lo tanto, no solo estamos cubriendo la asistencia urológica de Montevideo -somos la única urgencia de urología en la capital- sino que además cubrimos muchos sectores del interior y somos los que recibimos los pacientes con patologías de alta complejidad a fin de buscarles una solución. Es por esto que, en este momento, tenemos pacientes derivados de Artigas, Minas, Colonia y son casos con patologías de alta complejidad. Sin embargo, sentimos que no podemos dar la respuesta adecuada a esos pacientes. Por ejemplo, ayer, lunes, tendríamos que haber estado operando a dos salas, pero lo hicimos a una sola sala. Esto no es de ayer sino que viene pasando desde hace un par de meses.

La sensación que tenemos es que nosotros no estamos de paro -queremos solucionar los problemas de los pacientes-, pero la estructura está de paro con nosotros. Nosotros no podemos dar una respuesta y, sin embargo, tenemos el capital humano y técnico para darla

Además, cada vez faltan más insumos y la capacidad de reponerlos está muy limitada. Por un lado, tenemos equipamiento de última generación. En el caso específico de urología, a través de un préstamo del Banco Mundial que llegó a ASSE, se consiguió un equipamiento de cirugía laparoscópica de última generación. Sin

embargo, no tenemos tijeras, pinzas; insumos de todos los días. Ayer se hizo la primera cistoprostatectomía radical laparoscópica en el país. La hicimos porque hablamos con un laboratorio que nos brindó todo lo necesario, pero esa no es la manera de poder funcionar en forma habitual; son casos de excepción.

Entonces, creo que, poco a poco, perdimos capacidad de respuesta. Lo que esperamos de todas estas reuniones, es que se realicen las gestiones correspondientes para revertir esta situación.

SEÑORA BOUDRANDI.- Soy profesora titular de la clínica quirúrgica "1".

Lo que nosotros vemos es, tanto desde el punto de vista técnico como asistencial, un resentimiento en cuanto a las oportunidades de los efectores de nuestra actividad. Esto lo notamos, sobre todo en la formación de los posgrados, porque si no se opera, no se puede aprender; lo nuestro no es teoría.

Por otra parte, también hay una demora en la internación de los enfermos y en la preparación preoperatoria. Todo eso lleva a un desgaste y a una alteración en la relación médico paciente, que es tan crítica en este momento. Por ejemplo, hay enfermos, cuya operación se coordina, pero debe ser suspendida por falta de sala.

Esos hechos nos preocupan mucho porque, además, después nos llegan las quejas de los pacientes para que expliquemos por qué no se operan, por ejemplo. Lo cierto es que no se operan porque no tenemos infraestructura. Hay que tener en cuenta que de sesenta horas semanales de sala de operaciones que teníamos antes de empezar con este "décalage", pasamos a tener eventualmente doce horas, luego de negociar con los otros colegas que también tienen enfermos importantes para operar. O sea que así no se puede responder a las necesidades de la población. Los enfermos que entran por la urgencia, al resolver lo relativo a la coordinación, nos ocupan prácticamente la totalidad de las horas de sala disponibles en este momento. Es decir que a los pacientes en lista de espera -o sea, la demanda insatisfecha de los enfermos con patologías no complicadas-, no les podemos dar respuesta.

Esa es la situación actual. Entonces, sentimos que hay una cantidad de horas docentes, de gente especializada, de técnicos quirúrgicos -como es nuestro caso- que no pueden satisfacer las necesidades de los pacientes, no por que no se quiera, sino porque no se puede, y no se puede por una cuestión de infraestructura.

Nada más.

SEÑOR ARÉVALO.- Soy Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital.

Les resumo la historia del hospital. Antiguamente tenía cerca de ochenta camas quirúrgicas. Con la doctora Boudrandi decidimos juntar dos servicios, que eran el Servicio de Cirugía General de Salud Pública y la Clínica Quirúrgica "1" y eso ha redundado en un beneficio para todos: para los recursos humanos en formación, para los pacientes y por poder trabajar en conjunto.

Sin embargo, la estructura del servicio cambió, pasando a tener setenta camas. Desde hace un año, de esas setenta camas, perdimos entre cuatro y seis camas de hombres. Así fuimos avanzando gradualmente y hace un mes perdimos todas las camas de internación de hombres. De setenta camas, tenemos cuarenta de internación, de las cuales treinta y dos son de mujeres y ocho, de cirugía vascular. No tenemos camas para cirugías de hombres.

Por otra parte, siempre tuvimos cinco salas de operaciones. Por lo tanto, siempre teníamos entre tres y cuatro salas de coordinación diarias, que distribuíamos entre otorrinolaringología, urología, cirugía general y cirugía vascular. Actualmente tenemos tres salas funcionando, de las cuales una sola es de coordinación y esa se distribuye entre todos los servicios semanalmente. Seis horas por día es lo que tenemos.

El doctor Decia comentaba que suspendía operaciones. Nosotros también lo hacemos todos los días. Esa es la realidad y, por lo tanto, nosotros estamos atrasando cirugías. Y ya no son solo no oncológicas sino que también algunas oncológicas; por suerte son muy pocas. Hoy en día tenemos trescientos pacientes no oncológicos en lista de espera. Esa es una lista amplia. Creo que es una demanda que podríamos satisfacer si tuviéramos las condiciones necesarias: sala de operaciones, sala de internación. Sin embargo, la realidad es que no podemos operar pacientes porque no tenemos camas.

Como se dijo, mantenemos imagenología nula o escasa. O sea que la valoración del paciente prácticamente nos tarda mucho tiempo y mucho de eso se hace en el sector privado. No podemos hacer tomografías en el hospital porque los técnicos tienen treinta horas semanales. O sea que transcurridas tres mañanas, perdimos la posibilidad de contar con tomografías. Si hay urgencias, las coordinaciones se derivan.

En definitiva, la situación es crítica: no podemos valorar los pacientes, no podemos internarlos y no podemos operarlos. A pesar de todo el esfuerzo que hicimos al juntar servicios y recursos humanos en beneficio de los pacientes, hoy no damos la respuesta adecuada.

Como decía el doctor Decia, estamos de paro con la estructura. Para nosotros es como un feriado quirúrgico. Solo operamos pacientes oncológicos y alguna urgencia.

Tengo aquí anotado que desde agosto del año pasado informamos sobre esto. Inclusive, en noviembre del año pasado, la Emergencia informó al Sindicato Médico del Uruguay que la situación del block quirúrgico del Hospital Pasteur ya era grave. Hoy llegamos a un límite y no podemos seguir así porque si se llegara a cometer un error con un paciente, ya no significaría que ni siquiera intentamos avisar que eso podía pasar.

SEÑORA SANSEVERINO.- Quisiera hacer algunas consideraciones.

Por supuesto que esta Comisión, junto con la del Senado, puede ser un espacio para el tratamiento de una situación tan difícil como la que están relatando.

Quisiera saber por dónde han podido encaminar este proceso, con quién han dialogado, qué negociaciones han podido hacer, en qué nivel de la agenda de la Dirección está esta situación.

También quiero hacer una pregunta más acotada. Quisiera saber si las salas no se cierran por falta de recursos humanos sino por problemas edilicios.

Acá dice que la Sala 204 se cerró por problemas en los baños, pero ahora se va a cerrar la 203, que deja 16 camas sin poder usar.

SEÑOR DIAMANT.- La causa aparente es la edilicia. En el caso de las Salas, las decisiones se tomaron en función de lo edilicio.

En cuanto a con quiénes hemos hablado, diría que con todos los que se nos ha ocurrido: Dirección, Adjuntos de Dirección, etcétera. Esta nota que llegó acá fue enviada al Directorio de ASSE. Somos gente creativa. Todo lo que se nos ocurrió, lo hicimos.

SEÑORA BOUDRANDI.- Esta nota también la enviamos a la Facultad de Medicina.

SEÑOR PRESIDENTE.- Quería preguntar cuál ha sido la actitud y la conducta de la Dirección del hospital ante determinaciones gremiales que implican el cierre o la suspensión de servicios. ¿La Dirección simplemente ratifica esa decisión, con posterioridad? ¿La acepta como una decisión tomada en otro ámbito? ¿Hay como un poder extra Dirección que está ratificado por la Dirección del Hospital? ¿O hay determinado nivel de resistencia de parte de la Dirección del Hospital a esas determinaciones?

SEÑOR ARÉVALO.- Las decisiones gremiales se discuten poco. Al menos a nosotros, no nos toman en consideración. No se nos pregunta. Se nos avisa cuando la Sala está cerrada. Si la Dirección toma la decisión en conjunto con el gremio, no lo sé; pero evidentemente nosotros no somos avisados con anterioridad. Eso es real.

SEÑOR CHIESA.- Teníamos la misma inquietud que la señora Diputada Sanseverino. Queríamos saber cuál era la respuesta de la Dirección frente a estas situaciones que nos han planteado en el día de hoy.

Como plantean lo del tema edilicio, había llegado información de que se estaba estudiando la posibilidad de contar con el nuevo Pasteur, del que tanto se ha hablado. Nos gustaría saber en qué ha quedado eso, si ha

habido algún avance en ese tema y si hay alguna expectativa a corto plazo.

SEÑOR DIAMANT.- Nosotros en la nota ponemos que no es nuestra función decir quiénes son los responsables. Reitero: todos quienes estamos acá tenemos una idea, pero es difícil, en un ámbito de esta seriedad, decir que la culpa es de tal o cual persona, porque quizás no tengamos toda la información.

A modo de ejemplo, sabemos que el hospital se maneja con el presupuesto del año 2009, y estamos en 2012. O sea que no tenemos dudas de que la Dirección tiene dificultades económicas por los aportes que recibe. Pero creo que no sería serio de nuestra parte decir que el responsable es tal o cual, más allá de que si me preguntan a mí, podría dar mi impresión; pero no sé si corresponde.

En cuanto al nuevo hospital, todavía no se empezó. Los datos que tenemos son que de aquel hospital con 160 camas -que era la última versión reducida, porque el hospital tiene muchas más camas que 160-, hoy en día se está hablando de que se reduciría a Emergencia, Sala de Operaciones, vestuarios y, quizás, CTI. Eso es lo que nosotros manejamos como información de lo que se estaría en condiciones de realizar. Reitero: nosotros sabemos muchas cosas de lo que nos va comentando la gente, porque estamos mucho dentro del hospital; pero qué grado de certeza tiene esto, no lo sabemos, aunque todos tenemos la misma información.

SEÑOR DECIA.- Con respecto a lo que decía el doctor Diamant, nosotros tenemos nuestra impresión. Muy esquemáticamente impresiona que es multifactorial. Nadie puede adjudicar que esto sea responsabilidad de una sola persona. Obviamente ha habido falta de aporte de ASSE, porque si no, no pueden haber pasado tantos meses para arreglar la Sala 204. Los aportes correspondientes llegaron recién en junio, y la Sala se había cerrado hacía varios meses atrás. Entonces, hay todo un mecanismo muy intrincado, que pensamos que es multifactorial. Pero lo que más nos preocupa es que hoy en día no tenemos en perspectiva ninguna solución rápida a esta situación que estamos viendo. Además, todavía nos enteramos de que el stock en el Hospital Pasteur es prácticamente cero, cuando era un hospital que tenía una muy buena reserva, que se fue agotando y hoy en día se está pagando prácticamente al grito. Cuando se requiere algo, nos dicen que no, porque debemos dinero. Entonces, pagamos lo que debemos y pedimos que nos traigan lo que necesitamos, para seguir tirando. Esa es la situación que uno sabe de los pasillos, de cómo se está trabajando, porque faltan insumos. Muchas veces, hay determinados tipos de procedimientos que no se pueden hacer, porque no están los insumos. Entonces, se van tapando los agujeros. Hay un déficit mensual en lo que tiene que estar recibiendo, por ejemplo, de insumos mensuales, para que el Hospital Pasteur siga funcionado adecuadamente.

Estamos muy mal y en este momento no vemos ninguna luz muy clara de qué cosas van a pasar. No nos cabe a nosotros buscar determinados responsables. Nosotros vinimos a plantear que estamos muy preocupados por la situación que estamos pasando, de no poder dar respuesta, cuando tenemos el capital humano y técnico para hacerlo. Queremos que esto pueda servir para que se empiece a gestar una serie de movimientos que puedan reconstruir lo que era el funcionamiento normal del hospital.

SEÑORA SANSEVERINO.- Cuando dicen que la Sala 204 se cerró en marzo de 2011 y que los fondos llegaron en junio de 2012, ¿empezó el trabajo en la Sala? ¿Se comenzó a arreglar?

SEÑOR ARÉVALO.- Sí, hace un mes que están trabajando.

SEÑOR DIAMANT.- La Sala se fue cerrando parcialmente, a partir de la semana de turismo del año pasado. Como se rompió un baño, se quitaron cuatro camas, y se cerró definitivamente en marzo de este año.

SEÑOR CHIESA.- Creo que los temas que nos han transmitido los colegas son graves y muy importantes. Acabamos de terminar de discutir la Rendición de Cuentas. Creo que el Presupuesto que tiene ASSE es demasiado importante; hace muchos años que no veíamos un presupuesto igual, además, con menos usuarios para atender. En este caso, se trata del Hospital Pasteur, que es de referencia a nivel de Montevideo, y de indudable importancia.

Propongo a los señores Diputados que podamos transmitir rápidamente esta inquietud a las autoridades de ASSE, o tal vez convocarlos a venir a la Comisión.

SEÑOR PRESIDENTE.- En realidad, lo primero que debemos hacer es mandar la versión taquigráfica de esta sesión a las autoridades de ASSE y a las del Ministerio de Salud Pública, pero tal vez también corresponda -lo discutiremos cuando se hayan retirados los visitantes- la posibilidad de convocar a la Comisión a las autoridades del Ministerio de Salud Pública y de ASSE.

La Comisión de Salud Pública y Asistencia Social agradece la presencia a los señores doctores integrantes de los Servicios de las Especialidades Quirúrgicas, Radiología y Anatomía Patológica del Hospital Pasteur.

(Se suspende la toma de la versión taquigráfica)